

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Специальность 31.08.49 «Терапия»  
*код, наименование*

Кафедра: госпитальной терапии и общей врачебной практики им В.Г. Вогралика

Форма обучения: очная

Владимир



### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Клиническая практика» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Клиническая практика». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Клиническая практика» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	Текущий	Раздел 1. Оказание помощи пациентам терапевтического профиля в условиях стационара Раздел 2. Оказание помощи пациентам терапевтического профиля в условиях поликлиники	Кейс-задание
УК-1 УК-3 УК-4 ОПК-4, ОПК-5 ОПК-6 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-9 ОПК-10 ПК-1	Промежуточный	Раздел 1. Оказание помощи пациентам терапевтического профиля в условиях стационара Раздел 2. Оказание помощи пациентам терапевтического профиля в условиях поликлиники	Кейс-задание

ПК-2 ПК-3, ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8			
--	--	--	--

#### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	A/01.7, B/01.8	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с целью установления диагноза
Ф	A/02.7, B/02.8	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Ф	A/03.7, B/03.8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф	A/04.7, B/04.8	Способен проводить медицинскую экспертизу пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
Ф	A/05.7	Способен проводить медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинское освидетельствование, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению
Ф	A/06.7, B/05.8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	A/07.7, B/06.8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/08.7, B/07.8	Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме
Н		01
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больная М. 52 лет, бухгалтер, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе. Анамнез заболевания: в течение 15 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Регулярно принимает Эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, Амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт. ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, когда впервые в жизни появились

		<p>вышеописанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер, вызвала скорую помощь.</p> <p>Объективно: сознание ясное, активна. Отеков нет. Рост - 178 см, вес - 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бёдрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка гиперстеническая. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца неритмичные. ЧСС - 121 ударов в минуту. АД в покое сидя - 170/115 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 ударов в минуту.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Липидограмма: общий ХС - 5,9 ммоль/л (норма менее 5,0 ммоль/л), ХС ЛНП - 3,5 ммоль/л (норма - менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП - 0,9 ммоль/л (норма - более 1,0 ммоль/л), ТГ - 2,0 ммоль/л (норма - менее 1,7 ммоль/л).</p> <p>Эхо-КГ: толщина задней стенки ЛЖ - 1,3 см (норма - 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ - 53% (норма - 55-75%).</p> <p>Записана ЭКГ</p>
В	1	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	2	Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
В	3	Составьте план дополнительных обследований.
В	4	Какие заболевания необходимо дифференцировать?
В	5	Назначьте лечение.
Н	-	02
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Н. 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний, обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области, периодические перебои в работе сердца.</p> <p>Из анамнеза: приступы учащённого сердцебиения появились в течение последнего года, участились в течение трёх месяцев, двукратно отмечала обмороки. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.</p> <p>Объективно: больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Лучезапястные суставы гиперподвижны. Плоскостопие. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический шелчок. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги.</p> <p>Обследования.</p> <p>ЭКГ</p>

В	1	Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.
В	3	Составьте дифференциально-диагностический ряд.
В	4	Сформулируйте диагноз.
В	5	Составьте план дополнительных обследований.
Н	-	03
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>У больного А. 63 лет, преподаватель вуза, сегодня в покое около 3 часов назад без видимой причины появилась и стала нарастать одышка смешанного характера. Пациент госпитализирован.</p> <p>Анамнез заболевания: около 5 лет страдает гипертонической болезнью.</p> <p>Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно.</p> <p>Объективно: при поступлении состояние средней степени тяжести, ортопноэ, кожа бледная, акроцианоз, число дыханий - 26 в минуту, при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы над всеми отделами лёгких. Перкуторно границы сердца расширены влево, пульс на лучевой артерии 100 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени по Курлову - 9×8×7 см.</p> <p>Вскоре после поступления состояние больного резко ухудшилось: появился продуктивный кашель, усилилась одышка, увеличилось количество влажных хрипов над всеми лёгочными полями.</p> <p>ЭКГ</p>
В	1	Выделите синдромы, определите ведущий (объясните патофизиологический механизм его возникновения).
В	2	Сформулируйте диагноз.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Составьте план обследования для уточнения диагноза.
В	5	Определите план лечения.
Н	-	04
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приёмный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофёр, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приёмом Нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст. Обследован амбулаторно 3 года назад – установлен диагноз «гипертоническая болезнь», данных рекомендаций не придерживался, назначенную терапию не принимал.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в</p>

		<p>минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочный звук, при аускультации - дыхание жёсткое, большое количество влажных хрипов в подлопаточных областях. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет.</p> <p>В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л Записана ЭКГ</p>
В	1	Выделите синдромы, определите ведущий.
В	2	Сформулируйте диагноз.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Составьте план дополнительных обследований.
В	5	Назначьте лечение.
Н	-	05
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъёме на 1 лестничный пролёт, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приёмом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.</p> <p>Из анамнеза: четыре года назад перенёс инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отёков нет. В нижних отделах лёгких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 удара в минуту, Ps - 42 в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже рёберной дуги, край её ровный, закруглённый, слегка болезненный при пальпации.</p> <p>Записана ЭКГ.</p>
В	1	Выделите синдромы, определите ведущий.
В	2	Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
В	3	Сформулируйте диагноз.
В	4	Составьте план дополнительных обследований.
В	5	Назначьте лечение.
Н	-	06
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной 45 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной при обычной ходьбе на 200-300 м, подъёме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 5-10 мин, сопровождаются слабостью, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. В течение предшествующей недели при</p>

		<p>незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями. Из анамнеза жизни: отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС - 120 в минуту, систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца не изменено. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.</p> <p>В анализах: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - <math>4,9 \times 10^{12}</math>/л, лейкоциты - <math>5,7 \times 10^9</math>/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/ч.</p> <p>Билирубин общий - 8,8 мкмоль/, креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин - 5,9 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма - до 23 мм), КДР ЛЖ - 33 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ - 26 мм (норма - до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма - до 40 мм), МЖП - 21 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ - 10 мм (норма - до 11 мм); ФВ - 70% (N - 60-70%); Ao - 35 мм.</p> <p>Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты, трансортальный градиент - 8,0 (норма - 5,0). Трикуспидальный клапан, клапан лёгочной артерии - без изменений.</p> <p>Записана ЭКГ.</p>
В	1	Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.
В	2	Составьте дифференциально-диагностический ряд.
В	3	Сформулируйте диагноз.
В	4	Составьте план дополнительных обследований.
В	5	Назначьте лечение.
Н	-	07
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больной Н. 50 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъёме на 2 этаж, купируются они после приёма Нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3-5 мин.,



		<p>сопровожаются общей слабостью.</p> <p>Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера боли за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4 раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приёмом Нитроглицерина через 3-5 мин. Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Вес - 95 кг, рост - 170 см. Объём талии - 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отёков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет.</p> <p>Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты – <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель – 0,9, лейкоциты – <math>5,7 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 4%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, лимфоциты – 35%, моноциты – 6%; СОЭ – 6 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес – 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены.</p> <p>Креатинин – 0,088 ммоль/л (0,014-0,44), АСТ – 10 Ед/л (5-37), АЛТ – 12 Ед/л (4-42), общий холестерин – 6,2 ммоль/л (4,0), калий – 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).</p> <p>ЭКГ</p> <p>ЭхоКГ: КДРЛЖ - 5,5 см (норма - 5,5 см), КСРЛЖ - 3,5 см (норма - 3,5 см), ФВ – 68% (норма - 60-80%), ПЖ - 2,0 см (норма - 2,2 см), ЛП – 3,9 см (норма - 4 см), МЖП – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см), ЗСЛЖ – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см).</p>
В	1	Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
В	2	Дайте заключение по ЭКГ и ЭхоКГ.
В	3	Составьте дифференциально-диагностический ряд.
В	4	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

В	5	Назовите факторы риска ИБС у пациента.
Н	-	08
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.</p> <p>Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена.</p> <p>Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп. При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - <math>4,5 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты - <math>7,9 \times 10^9/л</math>, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты – ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.</p> <p>Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).</p> <p>Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.</p> <p>Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.</p> <p>ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.</p> <p>ЭКГ</p>
В	1	Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
В	2	Составьте дифференциально-диагностический ряд.

В	3	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
В	4	Составьте план обследования для уточнения диагноза.
В	5	Составьте план лечения.
Н	-	09
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной Н. 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъеме на 2-3 этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голеней. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах лёгких.</p> <p>Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД - 100/70 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в минуту, ритм неправильный, акцент II тона на лёгочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края рёберной дуги, поверхность её ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглён.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты – <math>3,04 \times 10^{12}</math>/л, лейкоциты - <math>4,6 \times 10^9</math>/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 32%, моноциты – 1%; СОЭ – 19 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок – 0,033 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л (норма - 3,5-6,1), калий – 4,8 ммоль/л (норма - 3,4-5,3), общий билирубин – 23,0 (8,0-15,0) мкмоль/л (норма - 8,5-20,5), креатинин – 0,13 ммоль/л (норма - 0,014-0,44).</p> <p>Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4).</p> <p>ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма - до 35 мм), ФВ 35% (норма - 60- 70%). ПЖ - 33 мм (норма - до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма - до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта - 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.</p> <p>ЭКГ.</p>

В	1	Перечислите синдромы, составляющие клиническую картину. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
В	2	Проведите дифференциальную диагностику.
В	3	Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
В	4	Составьте план обследования для уточнения диагноза.
В	5	Составьте план лечения.
Н	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная К. 32 лет, библиотекарь, вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость.</p> <p>Месяц назад лечилась у врача-терапевта участкового по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала Амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7 °С до 39,5 °С). Похудела за это время на 5 кг.</p> <p>История жизни: с детства наблюдается врачом-педиатром участковым по поводу перенесённой в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отёчность на голенях. Температура тела - 39,1 °С. В лёгких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Пульсация сонных артерий. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. АД - 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4 см, край закруглён, уплотнён, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезёнки. Почки не пальпируются.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л; эритроциты - <math>3,14 \times 10^{12}</math>/л; цветовой показатель - 0,96; СОЭ - 60 мм/ч; лейкоциты - <math>15,1 \times 10^9</math>/л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные нейтрофилы - 10%; сегментоядерные нейтрофилы - 55%; лимфоциты - 28%; моноциты - 5%.</p> <p>Общий анализ мочи: обычного цвета; удельный вес - 1028; белок - 0,042 г/л; сахар - отсутствует; лейкоциты - 2-5 в поле зрения; эритроциты - 25-30 в поле зрения.</p>

		Биохимический анализ крови: креатинин - 0,10 ммоль/л; общий белок -70 г/л; $\alpha_1$ - 7%; $\alpha_2$ - 11%; $\beta$ - 7%; $\gamma$ - 23%; СРБ - 12 мг/л. ЭКГ: смещение электрической оси влево, глубокий з. S в V3, высокий з. R в aVL, з. R V5 > з. R V4, слабо (-) з. T в V1-V6.
В	1	Выделите ведущие синдромы.
В	2	Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов обследования.
В	3	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	4	Какие дообследования необходимо провести?
В	5	Сформулируйте основные принципы лечения.
Н	-	011
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.</p> <p>Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура – 36,9 °С. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины. ЧСС - 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, громкие. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край её ровный, закруглённый, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезёнка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – <math>12 \times 10^9</math>/л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 2%. СОЭ – 26 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 89 Ед/л, билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).</p> <p>ЭКГ</p>
В	1	Сформулируйте синдромы и определите ведущий (ведущие).
В	2	Составьте дифференциально-диагностический ряд.
В	3	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	4	Сформулируйте план дополнительного обследования.

В	5	Сформулируйте основные принципы лечения.
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 35 лет, инженер-электрик, жалуется на выраженную слабость, одышку, сердцебиение при подъёме до 2 этажа, потливость по ночам, появление синяков по всему телу, частые носовые кровотечения без видимой причины, десневые кровотечения при гигиене полости рта, ощущение тяжести в правом подреберье. Считает себя больным около месяца. Существенное ухудшение самочувствия в течение последней недели. Ежегодно проходит профосмотры, последний – 4 месяца назад, патологии не выявлено. Хронические заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: температура тела - 38,1 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, множественные экхимозы различной локализации разной стадии «цветения». Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими ясный лёгочный звук, везикулярное дыхание, хрипов нет. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 98 в минуту, мягкий систолический дующий шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется на уровне пупка, плотный, ровный, умеренно болезненный; поверхность печени ровная, плотная. в левом подреберье пальпируется нижний полюс селезёнки на 3 см ниже края рёберной дуги, плотный, ровный, умеренно болезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.</p> <p>Лабораторно.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 76 г/л, эритроциты - <math>2,9 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель – 0,79, тромбоциты – <math>21 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>35 \times 10^9/л</math>, бласты – 21%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 0%, сегментоядерные нейтрофилы - 79%, лимфоциты - 0%, моноциты - 0%; СОЭ - 76 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1016; белок, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: билирубин общий - 48,8 мкмоль/л, креатинин - 0,196 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 5,9 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, общий белок – 76 г/л,</p> <p>Коагулограмма: АЧТВ - 50 с (норма - 32-42 с), ПТИ – 105%, фибриноген – 6 г/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз и трудоспособность пациента.
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	<p>Мужчина 52 лет, программист, жалуется на постоянную слабость, снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи и в подмышечных областях; сердцебиение и одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; ощущение тяжести в области правого подреберья; изжогу и отрыжку преимущественно после еды; снижение аппетита. Появление этих симптомов пациент ни с чем не связывает.</p> <p>При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Отёков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягко-эластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налёта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезёнка не пальпируется.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – <math>2,6 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - <math>115 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>23,1 \times 10^9/л</math>, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жёлтая, прозрачная, белок – 1,1 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 9-15 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты небольшое кол-во.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии. Диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы. Конкрементов, объёмных образований не выявлено.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АСТ – 0,92 ммоль/л, АЛТ – 0,81 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм

	<p>рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отёки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0 °С градусов, не лечился. Одновременно заметил отёки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесённые заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2 °С. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отёки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжён. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого нёба бледно розовая, чистая. Нёбные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отёчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезёнка не увеличена. Поясничная область отёчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - <math>4,8 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты - <math>5,8 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л., креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин - 25 г/л.</p> <p>Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл.</p>
--	---



		<p>Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%.</p> <p>УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима – 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная.</p> <p>Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены.</p> <p>Мочевой пузырь б/о.</p>
В	1	Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
В	2	Составьте дифференциально-диагностический ряд.
В	3	Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
В	4	Составьте план дополнительного обследования.
В	5	Составьте план лечения.
Н	-	015
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка В. 52 лет, обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область, которые возникли после физической нагрузки (накануне работала в саду), учащенное мочеиспускание, потемнение мочи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Больна в течение 2 дней, по поводу болей в поясничной области вызывала бригаду скорой медицинской помощи. После оказанной помощи интенсивность болевого синдрома уменьшилась, рекомендовано обратиться в поликлинику. Болевой синдром в поясничной области неоднократно рецидивировал, по поводу чего лечилась антибактериальными препаратами с хорошим эффектом.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела - 37,4 °С, кожные покровы влажные, обычного цвета. Грудная клетка нормостенической формы. ЧД - 20 в минуту. Перкуторный тон лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительных свойств, 84 удара в минуту. АД – 160/100 мм рт. ст. Во всех точках выслушивается два тона, громкие, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС – 84 в минуту. Язык влажный, у корня обложен светло- серым налётом. Живот мягкий, отмечается болезненность в правом фланке живота, в месте проекции правой почки. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания поясничной области положительный справа. Отёков нет. Мочеиспускание учащено, безболезненное.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты – 4,45×10<sup>12</sup>/л; гемоглобин – 134 г/л; лейкоциты – 5,79×10<sup>9</sup>/л; эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 49%, лимфоциты – 38%, моноциты – 5%, СОЭ – 26 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1012; сахар – отр, белок – 0,066 г/л, эритроциты – 100 в поле зрения; лейкоциты – 20 в поле зрения; соли мочевой кислоты.</p>

		Биохимический анализ крови: мочеви́на – 7,9 ммоль/л, креатинин – 105 мкмоль/л, мочева́я кислота - 524 ммоль/л, холесте́рин – 5,6 ммоль/л, о́бщий белок – 72 г/л.
В	1	Выделите синдромы, ведущий синдром, объясните механизм их возникновения.
В	2	Составьте план дифференциальной диагностики.
В	3	Сформулируйте предварительный диагноз.
В	4	Составьте план дополнительных обследований.
В	5	Составьте план лечения.
Н	-	016
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная П. 40 лет, медсестра, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически учащённое болезненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области без иррадиации, головную боль, слабость. Считает себя больной в течение 8 лет. Боли в поясничной области связывает с физическим перенапряжением. В течение последних 3 дней ощущает периодическое «познабливание».</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Незначительная пастозность и бледность лица, температура тела - 37,3°C. При перкуссии над всеми лёгочными полями ясный лёгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД - 155/95 мм рт. ст., ЧСС - 84 в минуту. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не пальпируются. Отмечается незначительная болезненность при поколачивании поясничной области, больше справа.</p> <p>При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 107 г/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – <math>10,2 \times 10^9/л</math>, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 38%, моноциты - 4%, СОЭ - 25 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, белок - 0,04%, лейкоциты - 12-16 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, бактериурия.</p> <p>Моча по Нечипоренко: эритроциты - <math>1,2 \times 10^6/л</math>, лейкоциты – <math>8,0 \times 10^6/л</math>.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 86 в мин. ЭОС - расположена полувертикально.</p> <p>Признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: лёгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, расширение границ сердца влево.</p>
В	1	Выделите синдромы, определите ведущий (ведущие).
В	2	Составьте план дифференциальной диагностики.

В	3	Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
В	4	Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза.
В	5	Составьте программу лечения.
Н	-	017
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 37 лет, шахтёр, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз.</p> <p>Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отёки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>В анализах.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>2,1 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – <math>7,2 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч.</p> <p>Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, <math>K^+</math> - 6,2 ммоль/л, <math>Na^+</math> - 138 ммоль/л, P - 1,9 ммоль/л, Ca - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.</p> <p>В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л.</p> <p>Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008.</p> <p>УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз заболевания.
Н	-	018
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная И. 34 лет, оператор машинного доения, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на повышение АД до 220/120 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, перебои в области сердца, тошноту, сухость во рту, зуд кожных покровов.</p> <p>Считает себя больной около 15 лет, когда появились отёки под глазами, при амбулаторном обследовании было выявлено наличие белка и эритроцитов в моче, по поводу чего в дальнейшем несколько лет находилась под наблюдением терапевта, диагноз не помнит. После переезда в сельскую местность (5 лет назад) в поликлинику не обращалась. В течение последнего года стала замечать головные боли, головокружение, которые больная связывала с повышением АД до 180/110 мм рт. ст. (измеряла самостоятельно; адаптирована к 140-160/90 мм рт. ст.). По совету фельдшера при повышении АД принимала Эналаприл по 20 мг/сут. с удовлетворительным эффектом; постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает отсутствие эффекта от приема Эналаприла, АД постоянно повышено до 180-200/100-110 мм рт. ст., эпизодически - 240/140 мм рт. ст., неоднократно вызывала бригаду скорой помощи, от госпитализации отказывалась по семейным обстоятельствам. Месяц назад появилась тошнота, склонность к поносам, а 2 недели назад присоединился зуд кожных покровов.</p> <p>При осмотре: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов, в подмышечных областях как бы припудрены белой пудрой. Одутловатость лица, пастозность стоп, голеней, передней брюшной стенки. Грудная клетка симметрична, голосовое дрожание проводится с обеих сторон. При перкуссии над всеми отделами лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 220/120 мм рт. ст. Верхушечный толчок смещен на 1 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный (5-7 экстрасистол в минуту), I тон ослаблен над верхушкой, основанием мечевидного отростка, акцент II тона над аортой; слева от грудины в V межреберье выслушивается шум трения перикарда. Язык сухой, живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Катетером получено 150 мл мочи. В анализах.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>2,6 \times 10^{12}/л</math>, НЬ - 72 г/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - <math>5,7 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 68%, лимфоциты - 25%, моноциты - 2%; СОЭ - 40 мм/ч.</p>

		<p>Общий анализ мочи: цвет - жёлтый, рН нейтральная, удельный вес - 1005, белок - 3,8 г/л, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 10-12, цилиндры зернистые - 3-4 в поле зрения, восковидные - 2-3 в поле зрения.</p> <p>Биохимическое исследование крови: АСТ - 0,43 ммоль/л, АЛТ - 0,45 ммоль/л, сахар - 3,8 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л; креатинин - 1,4 ммоль/л, мочевины - 38,2 ммоль/л. ЭКГ: ритм синусовый, 96 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, единичные желудочковые экстрасистолы, гипертрофия и систолическая перегрузка миокарда левого желудочка.</p> <p>УЗИ почек: правая почка - 80×36 мм, подвижна, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 11 мм; левая почка - 84×44 мм, контуры ровные, нечёткие, толщина паренхимы - 9 мм. Паренхима обеих почек «неоднородна», с гиперэхогенными включениями. Конкременты, объёмные образования не выявлены.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Дайте рекомендации по дальнейшему лечению.
Н	-	019
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная А. 18 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, боли в поясничной области с двух сторон, сильную постоянную головную боль, красноватый цвет мочи. Мочеиспускание безболезненное. Считает себя больной около 3 недель: после сильного переохлаждения повысилась температура тела до 38,0 °С, появились боли в горле при глотании. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где была диагностирована лакунарная ангина и назначена антибактериальная терапия. На седьмой день симптомы ангины были купированы, но сохранялась общая слабость. 5 дней назад на фоне повышенной утомляемости появились ноющие боли в поясничной области, головная боль, повышение температуры тела до 37,5 °С. 2 дня назад уменьшилось количество мочи, которая приобрела красноватый цвет.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 37°С. Рост - 158 см, вес - 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, обычной влажности. Лицо одутловатое, на верхних и нижних конечностях плотные отёки, кожа над ними тёплая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 22 в минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 98 в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы</p>

		<p>относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Живот симметричный, мягкий, болезненный в проекции почек. Размеры печени по Курлову - 9×8×7 см. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.</p> <p>В анализах.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, эритроциты - <math>3,2 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - <math>270 \times 10^9/л</math>, лейкоциты - <math>10,7 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 9%, сегментоядерные нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 11%, моноциты - 6%. СОЭ - 23 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет «мясных помоев», мутная, рН - кислая, удельный вес - 1008; белок - 3,5 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 12-20 в поле зрения, эритроциты - большое количество, цилиндры: гиалиновые - 10-12, зернистые - 6-8 в поле зрения, соли - нет.</p> <p>Суточная протеинурия - 7,3 г/л, суточный диурез - 650 мл.</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,4 мкмоль/л, прямой - 3,2, непрямой - 9,2 мкмоль/л, креатинин - 0,96 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 56 г/л, альбумины - 35%, <math>\alpha_1</math> - 3,5%, <math>\alpha_2</math> - 10,5%, <math>\beta</math> - 13,6% <math>\gamma</math> - 27,4%, фибриноген - 4,2 г/л.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузно дистрофические изменения миокарда левого желудочка.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Дайте рекомендации по дальнейшему лечению, определите прогноз.
Н	-	020
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная Ш. 50 лет, дворник, поступила в отделение гастроэнтерологии с жалобами на тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, одышку, выраженную слабость. Мочеиспускание ночью 3 раза, безболезненное.</p> <p>Ранее заболеваниями ЖКТ не страдала. Более 20 лет назад было диагностировано хроническое заболевание почек. На момент постановки диагноза пациентку беспокоили общая слабость, повышение АД до 160/100 мм рт. ст., были выявлены изменения в моче (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения.</p> <p>При осмотре: общее состояние средней степени тяжести,</p>

		<p>пониженного питания, рост - 162 см, вес - 47 кг. Кожные покровы бледные сухие, со следами расчёсов. ЧД - 18 в мин. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая на 2 см от правого края грудины, верхняя по III межреберью, левая – на 1,5 наружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, в области верхушки сердца и во II межреберье справа мягкий систолический шум. Симптомов раздражения брюшины нет, пальпация живота слабо болезненна в эпигастрии. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.</p> <p>В анализах.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,2 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель – 0,78, лейкоциты – <math>9,2 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%. СОЭ - 28 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,0 ммоль/л, мочевины - 20,2 ммоль/л, креатинин - 0,54 ммоль/л, общий белок - 55 г/л, калий - 5,2 ммоль/л, СКФ - 25 мл/мин.</p> <p>В суточной моче: диурез - 650 мл/сут, белок - 1,659 г/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз болезни и дальнейшей тактики ведения пациента.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень кейс-заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания по разделам практики.

5.1.1 Кейс-задания к зачёту по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф	А/01.7, В/01.8	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с целью установления диагноза
Ф	А/02.7, В/02.8	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Ф	А/03.7, В/03.8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Ф	A/04.7, B/04.8	Способен проводить медицинскую экспертизу пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
Ф	A/05.7	Способен проводить медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинское освидетельствование, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению
Ф	A/06.7, B/05.8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	A/07.7, B/06.8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф	A/08.7, B/07.8	Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме
Н		01
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание.</p> <p>Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°C. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание.</p> <p>При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии.</p> <p>Лабораторно.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2×10<sup>12</sup>/л,</p>



		лейкоциты - $8,8 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты - $418,1 \times 10^9/\text{л}$ . Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок - 58 г/л, альбумины - 32%, глобулины: $\alpha_1$ - 6%, $\alpha_2$ - 16%, $\beta$ - 19%, $\gamma$ - 27%, СРБ - 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЩ - 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл). Рентгенограмма кистей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.
Н	-	02
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

		Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	5	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
Н	-	03
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.</p> <p>При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трёхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Лабораторно.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты – <math>12,1 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: <math>\alpha_1</math> – 6%, <math>\alpha_2</math> – 14%, <math>\beta</math> – 18%, <math>\gamma</math> – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования

		пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз и трудоспособность пациента.
Н	-	04
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°C, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому.</p> <p>При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отечность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.</p> <p>Лабораторно.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - <math>2,9 \times 10^{12}/л</math>, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - <math>2,7 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%,</p>

		<p>лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - <math>98 \times 10^9</math>.</p> <p>Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет.</p> <p>Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, не прямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, <math>\alpha_1</math> - 3,5%, <math>\alpha_2</math> - 10,5%, <math>\beta</math> - 13,6%, <math>\gamma</math> - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л.</p> <p>Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.</p> <p>Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз и трудоспособность пациента.
Н	-	05
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли</p>

		<p>были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.</p> <p>При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации.</p> <p>Лабораторно.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>3,1 \times 10^{12}/л</math>, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - <math>15,3 \times 10^9/л</math>; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++).</p> <p>Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.</p> <p>Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз. Приложение: лицо больной.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Определите тактику лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
В	5	Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.
Н	-	06
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу-терапевту участковому с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие

		<p>родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведёт малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.</p> <p>При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 127/82 мм рт. ст., частота дыхательных движений - 18 в минуту. Рост - 170 см, масса тела - 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) - 29,8 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии - 98 см.</p>
В	1	Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?
В	2	Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?
В	3	Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?
В	4	По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови - 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови - 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?
В	5	Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?
Н	-	07
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лёг спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял Парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась.</p> <p>Пациент отрицает аналогичные приступы болей в колене ранее, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа.</p> <p>Пациент отрицает факты травм, операций, гемотрансфузий. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. Курение, употребление наркотических препаратов отрицает.</p>

		<p>При осмотре: рост - 180 см, масса тела - 109 кг, ИМТ - 33,6 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 37,1 °С, ЧСС - 90 ударов в минуту, частота дыхания - 22 в минуту, АД - 129/88 мм рт. ст. Кожные покровы обычной окраски, имеется незначительная гиперемия воротниковой зоны. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объёме за счёт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объёме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений, объём движений в них полный. Увеличения паховых лимфатических узлов нет. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз <math>9,1 \times 10^9/\text{л}</math>, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ - 28 мм/ч, в остальном – без отклонений.</p>
В	1	Опишите основные характеристики суставного синдрома у данного пациента.
В	2	Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?
В	3	Какие диагностические исследования будут являться ключевыми для подтверждения диагноза?
В	4	Какие клинические признаки указывают на предполагаемый диагноз?
В	5	Каковы принципы медикаментозной терапии данного заболевания?
Н	-	08
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 55 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента). При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 125/82 мм рт. ст., частота дыхания - 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жёстким оттенком, по всем лёгочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ - 0,89, ОФВ1 - 81% от нормы.</p>
В	1	Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
В	2	Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.
В	3	Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения

		возможно использовать?
В	4	Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?
В	5	Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ) у данного пациента?
Н	-	09
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись. После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 118/78 мм рт. ст., частота дыхания - 16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.
В	1	Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
В	2	Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?
В	3	С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?
В	4	Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?
В	5	Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?
Н	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	На приёме женщина 27 лет, которая предъявляет жалобы на постоянную нервозность, слабость, сердцебиение, которые усилились, в последние несколько дней появился тремор рук. Также она отмечает трудности с концентрацией внимания, в том числе на работе (работает экономистом предприятия) и раздражительность, на что обращают внимание её коллеги. Симптомы нарастали в течение последних 3 месяцев, отмечает снижение массы тела примерно на 4 кг за это время, в течение последнего месяца присоединилась



		<p>бессонница, в связи с чем она решила обратиться к врачу- терапевту участковому. Менструации отсутствуют в течение 2 месяцев, до этого были регулярными. Наличие хронических заболеваний отрицает, лекарственные препараты не принимает. Пациентка не замужем, регулярную половую жизнь отрицает, контрацептивами не пользуется. Пациентка не курит, не употребляет наркотики и редко употребляет алкогольные напитки в небольших количествах. Во время опроса пациентка возбуждена и подвижна. При физикальном обследовании рост - 172 см, масса тела - 52 кг, кожа горячая и влажная, температура тела 36,9 °С.</p> <p>Имеет место двухсторонний экзофтальм и отставание верхнего века при взгляде вниз. При пальпации шеи определяется симметрично увеличенная щитовидная железа без отчетливо пальпируемых узлов, эластичной консистенции, смещаемая, безболезненная. Перкуторные размеры сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 112 в минуту, АД - 138/84 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот безболезненный, печень, селезёнка не увеличены. Кожа голеней уплотнена, гиперемирована с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива, однако отмечается тремор кистей.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте предполагаемый диагноз.
В	3	Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?
В	4	Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?
В	5	Каковы принципы лечения данной пациентки?
Н	-	011
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний.</p> <p>При осмотре: рост - 177 см, масса тела - 84 кг, окружность талии - 103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа – по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 78 в минуту. АД - на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке – 152/98 мм рт.</p>

		ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
В	5	Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.
Н	-	012
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 56 лет пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает Индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает Аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.</p> <p>Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.</p> <p>При физикальном исследовании рост - 173 см, масса тела - 92 кг, окружность талии - 106 см. ЧСС - 75 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. По органам и системам без отклонений от нормы.</p> <p>В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин - 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) - 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности - 4,03 ммоль/л, триглицериды - 1,56 ммоль/л.</p>
В	1	Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
В	2	Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?
В	3	Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
В	4	Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.
В	5	Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать?
Н	-	013
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белёсые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она</p>

		<p>отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен.</p> <p>При физикальном обследовании рост - 155 см, масса тела - 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД - 138/88 мм рт. ст., ЧСС - 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования.</p> <p>Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
В	4	Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
В	5	Дайте диетические рекомендации пациентке.
Н	-	014
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Молодой человек 18 лет предъявляет жалобы на боль в горле, затруднение глотания и повышение температуры тела выше 38 °С в течение двух дней. Он отмечает, что его младшая сестра на прошлой неделе «болела такой же инфекцией». Осиплости голоса, слюнотечения, скованности мышц шеи не отмечается. Пациент отрицает такие клинические проявления как кашель, кожные высыпания, тошнота и рвота или диарея. Пациент за пределы постоянного места жительства в последний год не выезжал, иммунизация выполнена полностью в соответствии с национальным календарем. Хроническими заболеваниями не страдает, лекарственные препараты не принимает, аллергические реакции</p>

		отрицает. Травмы, операции, курение, употребление алкоголя и наркотиков также категорически отрицает. Объективно: температура тела 38,5 °С, ЧСС - 104 удара в минуту, АД – 118/64 мм рт. ст., частота дыхания - 18 в минуту, сатурация кислородом - 99%. Задняя стенка глотки ярко гиперемирована, миндалины значительно увеличены в размерах с обеих сторон, в лакунах определяется налёт белого цвета, больше слева, отклонения язычка нет. Имеет место увеличение передних шейных и подчелюстных лимфатических узлов с обеих сторон, лимфатические узлы до 2,5 см, эластичные, умеренно болезненные при пальпации. Кожные покровы чистые. Органы дыхания и кровообращения без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, увеличения печени и селезёнки нет. Суставы без экссудативных проявлений, объём движений полный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Какие опасные и угрожающие жизни причины боли в горле следует рассматривать в контексте дифференциального диагноза?
В	4	Какие лабораторные исследования можно использовать для подтверждения диагноза?
В	5	Сформулируйте план лечения.
Н	-	015
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Женщина 24 лет жалуется на боли в поясничной области и повышение температуры тела в течение последних двух дней. В течение последней недели отмечались боли при мочеиспускании, а выраженная боль и лихорадка появились вчера. Сегодня присоединилась тошнота, но рвоты не было. Боль преимущественно локализуется в правой части поясницы, она постоянная, тупая, без иррадиации. Вчера вечером пациентка приняла 400 мг Ибупрофена, чтобы заснуть, но боль сохраняется, и утром она решила обратиться к врачу-терапевту участковому. Пациентка замужем, менструации регулярные, последние – 1 неделю назад. В качестве контрацепции использует внутриматочную спираль. Выделения из половых путей отрицает. Мочеиспускание 5-7 раз в сутки, моча выделяется в обычном количестве, в последние два дня мутная, пенистая. Объективно: температура тела 38,3 °С, ЧСС - 112 в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст., частота дыхания - 15 в минуту. При пальпации правого рёберно-позвоночного угла имеется выраженная болезненность, поколачивание в области почек резко болезненно справа. Отёков нет. Физикальное обследование других отклонений от нормы не выявляет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
В	3	Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза болей в поясничной области у молодой женщины?
В	4	Сформулируйте план лечения.

В	5	Сформулируйте прогноз.
Н	-	016
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами (Фервекс). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39 °С, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.</p> <p>Объективно: температура тела 37,8 °С, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания - 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом - 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
В	3	Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
В	4	Сформулируйте план лечения.
В	5	Опишите методы профилактики данного заболевания.
Н	-	017
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 45 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалоб не предъявляет, хронических заболеваний в анамнезе нет. При анкетировании выявлено, что пациент имеет вредные привычки (курит), нерационально питается и ведёт малоподвижный образ жизни.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 150/90 мм рт. ст. (антигипертензивные препараты не принимает). Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, глюкоза крови - 4 ммоль/л. ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
В	4	Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
В	5	Перечислите имеющиеся у пациента факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и составьте план индивидуального профилактического консультирования.
Н	-	018
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма.</p> <p>Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).</p>
В	1	Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
В	2	Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
В	3	Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
В	4	Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
В	5	Предложите пациенту способы отказа от курения.
Н	-	019
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к врачу-терапевту участковому. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β<sub>2</sub>-агонист (Флутиказона пропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных</p>

		<p>приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.</p> <p>Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ1=85%.</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
В	4	Составьте план диспансерного наблюдения.
В	5	Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.
Н	-	020
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный Периферических отёков нет.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты - <math>5,4 \times 10^{12}/л</math>, лейкоциты - <math>10,2 \times 10^9/л</math>, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: без патологии.</p> <p>Анализ мокроты: слизисто-гноная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном</p>

		поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.
В	1	Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
В	2	Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
В	3	Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
В	4	Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
В	5	Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий



Разработчик(и):

Фомин Игорь Владимирович, заведующий кафедрой госпитальной терапии и общей врачебной практики им В.Г.Вогралика, д.м.н., доцент